Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]

Original paper Open Access

Remote outcomes and life quality of patients undergoing reconstructive surgery for benign biliary strictures

Alexandru Ferdohleb
Catedra Chirurgie nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ,,Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Abstract

The objective of the study was the complex research of the surgical treatment of patients with benign biliary strictures, in order to streamline the immediate and late results for ensuring a sustainable improvement in life quality.

Materials and methods. The results of the complex extended period of time study of 203 patients with benign biliary strictures, resolved by biliodigestive reconstructions. The selective retrospective of the Case-Control evoluation was performed for a period of 29.89 ± 0.48 months, depending on the clinical features at the performed time of the reconstructive intervention and the evolutionary ones that occurred, using a specialized clinical algorithm and the Terblanche clinical score. We researched that the Life Quality indicators in a controlled clinical study of the patients at different postoperatively stages, based on the general questionnaire SF-36 and the specialized gastroenterological questionnaire GSRS.

Results. The reconstructive treatment for benign biliary strictures, catalogued by the Bismuth classification, included the following surgical techniques: choledocojejunostomy - 86 (42.4%) cases, hepaticojejunostomy - 102 (50.2%) cases and bihepaticojejunostomy - 15 (7,4%) cases). Based on the clinical-evolutionary classification, the following results were determined by the passed time: very good, Gr. I - in 123 (60.6 ± 4.41%) cases; Gr. II good in 39 (19.2 ± 6.31%) cases; relatively satisfactory, of gr. III -18 (8.9 ± 6.91%) cases and unsatisfactory Gr. IV in 23 (11.3 ± 6.75%) cases. As a result, the surgeon has the opportunity to evaluate his patient in order to allow an effective and non-economic therapeutic adaptation of the obtained postoperative results. In order to study the life quality of the postoperatively patients at a different period of time, after reconstructive surgery, it is indicated, additionally, to the general questionnaire SF-36, the use of a specialized questionnaire such as GSRS. At the moment, the synchronous use of these questionnaires increased the veracity of the results and their objectivity.

Conclusions. The remote results analysis demonstrated the clinical efficacy of the reconstructive interventions, from the observations, performed in 88.67%. The standardized Terblanche score allows to highlight the effectiveness of the clinical functionality of the reconstructive surgery. The synchronous use of Sf-36 and GSRS fulfills the condition of an important evaluatory tool for an in-depth research.

Keywords: **:** benign biliary strictures, reconstructive surgery, quality of life

Introducere

Abordarea chirurgicală a stricturilor benigne este cel mai important factor determinant al rezultatelor postoperatorii pe termen lung. Tratamentul stenozelor postoperatorii este exclusiv chirurgical [1, 2, 3, 4]. Scopul tratamentului reconstructiv al stricturilor biliare postoperatorii este asigurarea pe termen lung a unui flux bilioenteral prin intermediul hepaticojejunoanastomozei (HJA) și evitarea unei restricturi ulterioare. HJA a devenit deja un standard în reconstrucțiile biliare pentru stricturi biliare benigne (SBB), recunoscut la nivel mondial [2, 3, 5, 6, 7].

Corresponding author: Alexandru Ferdohleb, dr. hab. şt. med., conf. univ.Catedra Catedra Chirurgie nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu" bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, Chișinău, Republica Moldova, MD-2004, e-mail: alexandru.ferdohleb@gmail.com
Received: June 9, 2020; **Accepted:** June 30, 2020; **Published:** September 25, 2020
Citation:. Ferdohleb Alex.: Remote outcomes and life quality of patients undergoing reconstructive surgery for benign biliary strictures. Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2020; 16(3): 172 – 185, [Article in Romanian]
Copyright: © 2020 Ferdohleb Alexandru. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

Majoritatea studiilor dedicate impactului HJA pe ansa Roux prezintă o rată de succes postoperator de la 90 la 98%. Sunt prezente cercetări de evaluare la o distanță de peste 10 ani postoperator ce ne demonstrează o eficacitate clinică importantă a metodei date, stabilind rezultate bune de la 82% până la 98% cazuri. Este un rezultat de performanță a tehnologiilor de realizare a stomelor contemporane, bazate pe o conduită și o evaluare clinică bine ajustată pentru aceste cazuri dificile. O analiză comparativă a publicațiilor din ultimul deceniu evidențiază un declin evident a mortalității postoperatorii spre zero, fapt lămurit prin perfecționarea tehnicilor de realizare a HJA și a pregătirii calitative preoperatorii a pacienților cu stricturi. [5, 8, 9, 10]. În mai multe studii bibliografice constatăm, că în 10-35% din cazuri de intervenții chirurgicale pe duct biliar, sunt însoțite de dezvoltarea complicațiilor postoperatorii tardive. Stenoza anastomozelor bilio-digestive survine conform datelor prezentate de numeroși autori în 8,3-30% dintre cazuri [4, 6, 9]. Ea este cea mai severă complicație la distanță, dintre cele posibile. Cea mai frecventă complicație la distanță după HJA este angiocolita, fiind un semn primar al dezvoltării unor probleme cu funcționalitatea anastomozei, la început doar funcționale, apoi cicatriceale, ireversibile. Motivul principal pentru apariția cholangitei postoperatorii, deseori asociate cu icterul tranzitor este dezvoltarea stenozei HJA. Desigur că sunt și alți factori, cum ar fi stricturile segmentare de canalele biliare intrahepatice, prezența calculilor biliari formați supranastomotic. Mai mult decât atât, o evaluare corectă a rezultatelor operațiilor reconstructive necesită o lungă „follow-up", deoarece unele complicații cum sunt stricturile anastomotice, sau ciroză biliară secundară pot să apară la un interval de mai mulți ani după intervenția reconstructivă [9, 11, 12].

Printre factorii etiologici, care stau la baza stricturii HJA, apărute foarte recent după operația reconstructivă, se pot prezenta următoarele: deficiențe tehnice intraoperatorii, tehnica chirurgicală necorespunzătoare situației clinice, materiale de sutură necorespunzătoare, tensiune la nivel de partenerii de anastomoză, electrocauterizare excesivă a țesuturilor, și dezvoltarea infecției în toate țesuturile implicate în actul operator. Aceste momente necesită și în continuare o reevaluare științifică minuțioasă și ne prezintă o serie de întrebări fără răspunsuri sugestive. [1, 4, 13, 14]

În ceea ce privește cauzele apariției stricturilor anastomotice cu un debut clinic târziu, putem evidenția următoarele: cicatricile fibroase, care rezultă din ischemie de bont biliar, materiale de sutură de calitate joasă ce mențin un proces inflamator cronic, dehiscențele parțiale de anastomoză în perioada nemijlocită postoperatorie ce duc ulterior la un proces fibroplastic sever, bilioragiile tranzitorii, colangitele de reflux. Aceste subiecte sunt studiate incomplecte și ridică în fața chirurgiei practice multe întrebări. [6, 14, 15]

Pentru o atestare sumară a calității rezultatului clinic obținut după aplicarea hepaticojejunoanastomozei s-a propus scorul Terblanche, care a fost elaborat ca instrument de evaluare o clasificare a rezultatelor clinice la distanță [16]. Actualmente acest scor este cel mai frecvent utilizat de chirurgi, fiind acceptat pentru simplitatea sa în aplicarea practică și pentru aprecierea eficienței clinice a HJA-lor. [17, 28]

În prezent, evaluarea eficacității tratamentului chirurgical reconstructiv al stricturilor biliare benigne se efectuează în baza rezultatelor pe termen lung, care reprezintă dovezi obiective de manifestare a bolii, al indicatorilor de laborator și metodelor de cercetare imagistică. În ultimii ani studiile științifice au implementat pe scară largă metodologia studierii concomitente și a calității vieții (CV) postoperator la distanță, fiind percepută ca un instrument nou și inovator de cercetare. Studiile privind calitatea vieții încearcă să cuantifice statutul pacienților atât în perioada imediată postoperatorie, cât și la distanță. Astfel sunt analizate și studiate inclusiv efectele complicațiilor asupra bolnavului cu implicațiile psihice și emoționale, răsunetul acestora asupra calității vieții, evoluției bolii și prognosticului, precum și impactul asupra supraviețuirii la distanță. [18, 19, 20, 21]

Instrumentul de atestare a calității vieții la pacienții cu stricturi biliare postoperatorii sunt compuse din programul de diagnostic folosit de serviciile chirurgicale și de scorurile elaborate pentru diferite maladii. Scorurile cu caracter general cercetează nivelul calității vieții și sunt recomandate pentru diferite maladii. Scorurile specializate sunt elaborate pentru un grup de maladii și ne prezintă o informație mult mai obiectivă. Cel mai răspândite au devenit scorurile prezentate de OMS. Ele au fost aprofundate și au devenit un instrument universal, recomandat pentru aplicare în serviciile chirurgicale. Cel mai optimal pentru stricturile biliare postoperatorii s-a adeverit a fi scorul MOS 36-item short-form health survey (SF-36). [22, 23, 24]

Chestionarul GSRS face parte din chestionarele specializate în medicină și care se utilizează pentru determinarea sau evaluarea calității vieții la pacienții cu anumite patologii și simptoame. Chestionarul GSRS a fost elaborat de Dr. Dennis A. Revicki în MEDTAP International (1998) și este implementat la nivel internațional de Dr. Károly R Kulich, AstraZeneca R&D [25, 26]. Acest instrument reprezentă o scară specializată de evaluare a simptomelor gastrointestinale și se regăsește ca un instrument de cercetare în studiile gastrointestinale ale calității vieții de ultima oră. Pe de altă parte, trebuie de menționat că SF-36 este un chestionar generalizat în analiza calității vieții pacienților, atunci când cel al GSRS este un chestionar specializat în analiza calității vieții în gastroenterologie. Metodologia de analiză la ambele chestionare este elaborată și recunoscută de instituții internaționale de cercetare în domeniu [27,28].

În contextul acestei cercetări am semnat un contract de colaborare și utilizare a scorului GSRS cu purtătoarea de drepturi legale AstraZeneca în scop de cercetare științifică non-profit.

Material și metode

Studiul de tip integral retrospectiv și prospectiv, a fost realizat la Catedra nr 2 al IP USMF „Nicolae Testemițanu", pe o

perioadă de 27 ani. Pacienți incluși în studiu au fost evaluați timp de 2-5 ani, au fost informați detailat asupra riscurilor și beneficilor fiecărei etapei de investigație al studiului și au semnat consimțământul informat specific. În cadrul acestei cercetări au fost respectate principiile etice fundamentale de cercetare și a declarației de la Helsinki. Eșantionul de studiu a cuprins 203 pacienți de pacienți cu stricturi biliare benigne de cale biliară principală (CBP). Validitatea eșantionul a fost estimată prin intermediul formulei clasice statistice a incidenței lezării iatrogene a căilor biliare: la colecistectomia tradițională (0,55%); la colecistectomia laparoscopică (1,95%); și rezecția stomacului (1,70%).

Lucrarea a inclus cinci etape metodologice de cercetare: la prima etapă a cercetării s-a elaborat schema generală a cercetării; la etapa a doua, a fost organizată o etapă de cercetare transversal-descriptivă a 203 cazuri; la etapa a treia s-a realizat studiul selectiv retrospectiv Caz-Control la 171 de pacienți; la etapa a patra, s-a realizat studiul clinic controlat, în baza eșantionului reprezentativ statistic la 48 (metoda tradițională cu suturi ordinare) și 49 de pacienți (metoda perfectată cu surjet încontinuu); la etapa a cincea a studiului, rezultatele obținute s-au prelucrat statistic prin intermediul Word-Excel, SPSS-21 și s-au analizat sistematic în funcție de obiectivele propuse și ipotezei formulate, s-au obținut unele rezultate, s-au formulat concluzii și recomandări practice.

Rezultate .

Vârsta medie a celor 203 de pacienți a fost de 49,15±0,94 de ani, cuprinsă în intervalul de 21-78 ani; dintre ei 37(18,2%) au fost bărbați și 166 (81,8%) femei.

La momentul internării pentru intervenția reconstructivă a pacienților cu stricturi biliare postoperatorii s-a constat următorul tablou clinic, în funcție de simptomatologia și manifestările clinice: colică biliară în 103(50,7 ± 4,93%) cazuri; icter 157(77,3±3,34%) cazuri; prurit cutanat 104(51,2±7,36%) cazuri; hepatomegalie - 32(15,8±6,45%) cazuri; fatigabilitate 140 (69,0±3,91%) cazuri; fistule biliare externe - 137 (67,5±4,01%) cazuri.

Am constatat, că simptomatologia descrisă mai sus este direct proporțională cu intensitatea suferinței bilio-hepatice cronice, motivate de leziunea biliară suportată, de operațiile reparatorii sau de drenare a arborelui biliar. Intensitatea semnelor clinice au fost lămurite de gradul de drenaj al arborelui biliar, de volumul de bilă, care ajungea în tractul digestiv, de prezența complicațiilor septice locale, sau a angiocolitei, de icterul mecanic tranzitor, sau persistent, de gradul de insuficiență hepatică.

În cadrul studiului s-a cercetat durata spitalizării pentru fiecare pacient. S-a stabilit o medie de 11,97±0,16 zile cu o variație a extremelor de la 8 până la 20 de zile. Analizând impactul comorbidităților descrise mai sus, s-a stabilit că prezența unei maladii concomitente duce la o majorare a duratei spitalizării, prezentând o medie de 12,27±0,25 și o variație a extremelor de la 8 până la 20 de zile. Prezența a două și mai multe maladii concomitente sporește și mai mult media de spitalizare a pacienților, prezentând 12,56±0,52 de zile cu o variație a extremelor de la 8 zile la 20 zile.

În cadrul studiului nostru s-au aplicat explorări biochimice, probele de retenție biliară și probele funcției hepatice și renale. Colestaza a fost apreciată prin nivelul seric al bilirubinei totale și prin fracțiile ei, prin nivelul seric al fosfatazei alcaline. La etapă „operațiilor reconstructive" bilirubina generală a fost 17,21±1,11 mcmol/l, cu o variație de la 6,4 până la 217,8 mcmol/l. Rezultatele de laborator informează despre o pregătire calitativă a pacienților pentru următoarele etape ale tratamentului reconstructiv chirurgical. Indicele fosfatazei alcaline este în mediu de 144,17±8,96 nmol/l, cu o variație a indicilor de la 22,00 până la 895,0 nmol/l.

Aplicarea metodelor imagistice în diagnosticul stricturilor biliare benigne a inclus: ultrasonografia, CT, Colangio-RMN, ERCP, CPTH și colangio-fistulografia. Drept rezultat am primit imagini concludente ale arborelui biliar, sectoarele intra- și extrahepatice, gradul de dilatare, ductul biliar extra hepatic distal discontinuu și chiar invizibil în unele cazuri. Examenul imagistic efectuat a permis o sistematizare a nivelului de strictură a CBP. Am folosit ca bază pentru clasificarea stricturilor biliare clasificarea propusă de profesorul H. Bismuth. Astfel în studiul nostru, 6 (3,0%) de pacienți au fost apreciați ca fiind de tip I, 92(45,3%) – ca tip II, 90(44,3%) ca tip III, 15(7,4%) tip IV și 0 de tip V.

Hepaticojejunoanastomoza (HJA) a devenit în experiența noastră un standard în reconstrucțiile biliare adresate stricturilor biliare benigne. În contextul cercetării am demonstrat că tipul HJA este în dependență directă de nivelul SBB. Pentru stricturile Bismuth tip I și II am realizat coledocojejunostomie termino-laterală pe ansa Roux (ChJA). În această situație, de regulă, s-a dispus de un bont destul de „lung", care se ajustează bine la mucoasa intestinală. La pacienții cu stricturi înalte Bismuth tip III am aplicat hepaticojejunostomie. La pacienții dați bontul biliar avea dimensiuni mici, ceea ce a necesitat de a continua disecția pe canalul stâng sau chiar și pe cel drept, din cauza că era prezent un diametru mai mic de 10 mm. Am disecat pe parcursul venei porte și artei hepatice cu prepararea ulterioară a plăcii hilare și cu efectuarea apoi a unei secțiuni hilare largi, pentru a permite expunerea canalului hepatic drept și stâng. În caz de dimensiuni mici sau de o amplasare a canalului stâng intraparenchimal adânc s-a recurs la o explorare atentă și a canalului hepatic drept. Pentru o formare a unei HJA largi am recurs la o incizie longitudinală în formă de „bumerang" pe peretele ambelor canale hepatice, moment tehnic ce a asigurat o gură de anastomoză largă și un partener anastomotic cu pereți biliari intacți.

Cele mai dificile cazuri din punct de vedere tehnic au fost stricturile de tip IV (15 (7,4 ± 6,99%) cazuri). Dificultățile au fost sporite de procesul cicatricial fibros prezent, de lipsa ductului hepatic comun și a joncțiunii ductului hepatic drept și stâng, prezența unui proces cicatricial hilar. După disecția hilului hepatic

am efectuat o secțiune hilară pentru a permite expunerea canalului hepatic stâng și realizarea unei explorări atentă a canalelor hepatice stâng și cel drept. În situațiile când este distrusă totalmente joncțiunea canalelor hepatice, lăsând ambele canale separate în plagă, operația de reconstrucție are mai multe dificultăți tehnice. O ieșire din această situație, în studiul nostru a fost tehnica Cattell. S-a realizat o anastomoză a ambelor canale hepatice cu ansa Roux (BiHJA), folosind sutură resorbabilă 5/0, sau 6/0 ordinară într-un singur plan tip PDS. Anastomoza s-a finisat cu o drenare separată a ambelor canale după procedeul Veolker. În experiența noastră această tehnică a fost realizată în 10(4,93%) cazuri. În 5(2,46%) cazuri de deficit major de materie biliară în regiunea fostei joncțiuni, unde nu se pot exterioriza adecvat canalele în plagă, a fost necesară o rezecție parțială a segmentului hepatic IVA pentru a expune căile biliare intrahepatice cu perete biliar sănătos. Pentru realizarea acestei tehnici chirurgicale s-a folosit metodica accesului posterior în hilul hepatic. După acest moment se recurge la montarea bihepaticojejunostomiei pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice.

În contextul cercetării date am folosit două modalități de formare a HJA și anume cea cu suturi ordinare și cea cu surjet încontinuu. Din datele cercetării efectuate am constituit tabloul aplicabilității ambelor tehnici de realizare a HJA și le-am raportat nemijlocit la nivelul reconstrucției (BiHJA, HJA, ChJA) (Tabelul I). Am constatat nemijlocit incidența aplicabilității ambelor tehnici după nivelul de formare a anastomozei bilio - jejunale.

Tabelul I. **Raportul celor două tehnici de bază de formare a HJA în lotul de studiu**

Tipul operației de reconstrucție	**HJA suturi ordinare**	**HJA sujet încontinuu**	**95% CI**	*Nivelul de semnificație*	**Ambele**
	P±ES%, *(n)*	**P±ES%, *(n)***			**P±ES%, (n)**
BiHJA	8,4±4,03 (13)	4,2±2,89 (2)	-6,20 la10,42	p = 0,3328	7,4±1,83 (15)
HJA	44,5±7,17 (69)	68,8±6,69 (33)	8,17 la 37,91	p = 0,0033	50,2±3,51 (102)
ChJA	47,1±4,01 (73)	27,1±6,42(13)	4,10 la 33,12	p = 0,0145	41,13±3,47 (85)
Total	100 (155)	100 (48)	-	-	100(203)

Confirmăm o aplicabilitate de succes a ambelor tehnici atât pentru stricturile joase cât și pentru cele înalte. Am fi de părerea că în cazul stricturilor proximale metoda surjetului încontinuu ar fi pe viitor un standard de tehnică chirurgicală.

Analiza metodelor de tehnica formării HJA în dependență de dificultățile locale, mai des legate de operații repetate a arătat o disponibilitate bună a ambelor tehnicii (48,8±3,51%) în cazul unui bont biliar dificil. Nu am sesizat impedimente la formarea anastomozei nici în cazul operațiilor repetate (Tabel II).

Tabelul II. **Raportul celor două tehnici de bază de formare a HJA în baza cazurilor complexe cu intervenții reconstructive repetate**

Nr operații	***Tehnica chirurgicală de realizare a HJA***					
	Tradițională cu suturi ordinare		***Metoda perfectată cu surjet încontinuu***		**Ambele**	
	n	$P_1 \pm ES_1$ %	n	$P_2 \pm ES_2$ %	n	$P_t \pm ES_t$ %
1 operație	72	**46,5±4,01**	32	**66,7±6,80**	104	**51,2±3,51**
2 și mai multe operații	83	**53,5±4,01**	16	**33,3±6,80**	99	**48,8±3,51**
Total	155	100,0	48	100,0	203	100,0

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în majoritate cazurilor, în mediu durata spitalizării a fost 11,97±0,16 zile pe întregul eșantion. Studiul comparativ al celor două metode de formare a HJA a evidențiat o medie mai mică a duratei de spitalizare pentru metoda cu surjet încontinuu, moment explicat de micșorarea complicațiilor postoperatorii și a traumei intraoperatorii mai mici la momentul formării anastomozei (Tabel III).

Tabelul III. **Prezentarea duratei spitalizării și durata extragerii pe dren la operații de reconstrucție la pacienții cu SBB în funcție de abordarea chirurgicală**

	Metoda perfectată cu surjet încontinuu			***Tradițională cu suturi ordinare***			**Ambele**	
	$\bar{X}$ **± ES**	Min	Max	$\bar{X}$ **± ES**	Min	Max	$\bar{X}$ **± ES**	*SD*
durata spitalizării	11,85±0,31	8	17	12,08±0,35	8	18	11,97±0,23	2,30
durata extragerii de dren	75,15±3,60	30	120	81,57±6,05	30	180	78,29±3,48	33,02

Complicațiile imediate postoperatorii după operațiile chirurgicale de reconstrucție au fost înregistrate în 69(34,0±5,70%) de cazuri. Complicația postoperatorie cea mai de temut a fost abcesul postoperator, sesizat de noi la 1(1,4±11,74%) pacient. Situația a fost rezolvată prin drenaj percutan ECO-ghidat, fără necesitatea de a interveni clasic. Ca cea mai mare frecvență a fost bilioragia tranzitorie în primele 72 de ore postoperator, apreciată la 24 (34,8±9,93%) pacienți, care nu au necesitat intervenții suplimentare, fiind clarificată odată cu restabilirea pasajului intestinal postoperator. Supurația plagii a fost înregistrată la 15 (21,7±11,01%) bolnavi și a fost rezolvată conservator prin pansamentele aseptice. Cele mai alarmate complicații postoperatorii au fost dehiscențele parțiale de anastomoză, întâlnite la 12 (17,4±11,43%) pacienți. Aceste cazuri s-au soluționat conservator, datorită unei drenări intraoperatorii cu un sistem de drenaj atât posterior cât și anterior de anastomoză în ansamblu cu drenajul transanastomotic după Veolker. Complicațiile hemoragice postoperatorii au fost întâlnite în varianta de hematom de plagă la 9 (13,0±11,89%) bolnavi, rezolvate prin incizie și drenaj. Complicațiile pulmonare postoperatorii au fost înregistrate în 7 (10,1±12,3%) cazuri, majoritatea pneumonii sau bronhopneumonii datorate intubației prelungite. Consecințele infecției biliare grave suportate au fost marcate sub episoade de colangită la 1 (1,4±1,74%) pacient. Clinica soluționată prin antibioterapie țintită și tratament infuzional și hepatoprotector. Corelarea statistică a statusului clinic analizat, al indicilor biochimici, a nivelului de strictură cu toate morbiditățile postoperatorii a arătat că acestea au influențat direct probabilitatea apariției complicațiilor.

Pentru a unifica abordarea subiectului complicațiilor postoperatorii imediate s-a utilizat clasificarea Clavien-Dindo. Ultima, din punctul nostru de vedere, permite o mai bună evaluare a gradului de impact clinic și o mai bună raportare a detaliilor clinice. Analiza datelor relevă o prevalare a complicațiilor de Gradul I - de 16,3±2,59%, urmate de cele de Gradul II - 11,3±2,22% și de cele de Gradul III - 6,4±1,72% (toate au fost de Gradul III-a). Indirect aceasta este o apreciere a gradului de invazivitate al intervențiilor reconstructive, analizate în acest studiu. Lipsa integrală a complicațiilor, ce necesită reintervenții sau ce duc la decese este o notă bună pentru soluțiile chirurgicale aplicate în studiu.

Evaluarea clinico-funcțională a rezultatelor intervențiilor chirurgicale reconstructive. Analiza timpului decurs până la apariția complicațiilor la distanță în dependență de tehnica chirurgicală aplicată a permis elucidarea următorului raport: coledocojejunoanastomoză (ChJA) -13,64 ± 0,69 luni, HJA -13,27 ± 0,73 luni, Bihepaticojejunoanastomoză (BiHJA) - 12,50 ± 2,5 luni. În eșantionul nostru de cercetare am observat un fenomen obiectiv: cu cât strictura a fost mai înaltă, cu atât mai repede au apărut complicațiile la distanță. Acest moment este explicat în primul rând de starea bontului biliar la momentul reconstrucției, diametrul CBP și particularitățile pereților biliari la anastomozare, eficiența drenării arborelui biliar, persistența angiocolitei, dehiscențele anastomotice.

Perioada medie de supraveghere la distanță a fost de 29,89±0,48 de luni în lotul nostru de studii, cu amplitudinea de interval de la 2 până la 68 de luni. Pentru evaluarea clinico-funcțională în etapa postoperatorie la distanță cu o periodicitate de 3 luni și apoi, respectiv, la fiecare 6 luni postoperatoriu s-a utilizat scorul de apreciere reprezentat de J. Terblanche și un algoritm clinic de investigație adaptat în clinică. Menționăm cele patru grupe fundamentale pentru scala de evaluare. Toate rezultatele au fost măsurate cu ajutorul unei baze de date numerice. În cadrul acestei evaluări, am remarcat că evoluțiile cele mai bune din punct de vedere al indicatorilor cercetați au fost stabiliți pentru gradul I și apreciate 34 (35,1%) de cazuri. Acești pacienți au manifestat o însănătoșire durabilă și o lipsă de acuze din partea sistemului hepatobiliar, cu o reîncadrare integrală în activitatea socială. Gradul II a cumulat rezultate satisfăcătoare, constatate în 28 (28,9%) de cazuri. Toți bolnavii au fost într-o stare de sănătate foarte bună, doar că episodic au prezentat semne clinice pentru o hepato-biliopatie cronică. Ultimele nu au avut niciun impact serios. Gradul III a reprezentat pacienții ce au prezentat acuze la momentul examenului cu teste de dereglare ale funcției hepatobiliare și a inclus 12 (12,4%) pacienți. Toți au

necesitat spitalizări episodice în staționarul chirurgical cu realizarea unor tratamente infuzionale, hepatoprotectoare sub un control multidisciplinar, ce includea chirurgul hepatobiliar, hepatologul, gastroenterologul, endoscopistul. Realizarea tratamentelor permitea o compensare a stării de sănătate și evitarea progresării suferinței hepatobiliare. Un impact nefericit a fost că marea majoritatea din ei și-au schimbat profilul și regimul activității sociale. Gradul IV a reprezentat pacienții cu recidivă de strictură de cale biliară și dereglarea esențială a funcției hepatobiliare pe un fundal de angiocolită de reflux sau hepatită colestatică severă. Aceste situații le-am sesizat la 23 (23,7%) de pacienți. Evaluare sumară a complicațiilor din grupul pacienților cu gr.IV au constata următorul raport: angiocolită cronică în 26,1±9,36% cazuri cu un 95% IC: 10,24 - 48,42%; hepatită cronică de origine colestatică în 13,0±7,17% cazuri cu un 95% IC: 2,76 - 33,54%; stricturi a HJA, dintre care stricturi solitare de HJA 56,5±10,56% cu un 95% IC: 34,47 - 76,79%, strictură HJA și calcul de fir 13,0±7,17% cazuri cu un 95% IC: 2,76 - 33,54%, strictură HJA și pseudoaneurizmă 4,4±4,37% cazuri cu un 95% IC: 0,12 - 22,03%.

În toate 23 (23,7%) de cazuri (gr.IV) au fost constatate stricturi ale hepaticojejunoanastomozei și ca rezultat am efectuat plastia hepaticojejunoanastomozei cu elemente de tip Heineke-Mikulicz. Am realizat plastia gurii de anastomoză, folosind numai sutură atraumatică de tipul PDS 5/0-6/0, amplasată într-un singur plan și cu drenare separată a ambelor canale hepatice. Drenurile s-au menținut până la 6 luni, având un rol decompresiv pentru stabilizarea inflamației, lichidarea angiocolitei, păstrarea unei guri de anastomoză largi și funcționale la distanță.

Studierea calității vieții a pacienților la distanță în funcție de operația reconstructivă în studiul clinic controlat. Rezultate tratamentului chirurgical s-au analizat prin prisma auto-evaluării calității vieții a pacienților din grupul caz studiu (L_1) în comparație cu grupul control (L_0). În grupul caz control a fost estimată reprezentativitatea și a constituit 48 de pacienți și respectiv grupul control - 49 de pacienți. Rezultatele obținute în urma cercetării calității vieții pacienților operați în cadrul cercetării noastre au fost destul de reprezentative. Au fost utilizate două tipuri de chestionare ale CV (general și specializat), care sunt aplicate pe larg în cercetările medicale la nivel internațional și care au fost descrise mai sus.

Chestionar scurt formular 36 (SF-36) este un instrument răspândit printre chestionarele de calitate generală a vieții în învățământul primar, sau de îngrijire medicală, precum și a diferitelor boli cronice, inclusiv și a SBB. SF-36 este considerat cel mai universal scor pentru măsurarea calității vieții, utilizat pentru compararea diferitelor subgrupuri de pacienți din rândul populației. Se compune din 36 de întrebări, grupate în 8 categorii, în cazul în care un criteriu primar este dimensiunea fizică și psihică a persoanei examinate. Rezultatele SF-36 permit concluzii adecvate, în intervalul de la 0 la 100, care indică nivelul actual al calității vieții pacientului. Zero puncte înseamnă cel mai prost rezultat posibil pentru a obține cel mai bun rezultat e necesar 100 de puncte. Cu cât numărul de puncte obținute e mai mare, cu atât mai bună este calitatea vieții a subiectului. Forma standard, SF-36 analizează calitatea vieții în baza ultimelor 4 săptămâni.

Trebuie de menționat că în grupul de control au întrat pacienții după colecistectomie, dar fără asemenea complicații ca stricturi biliare postoperatorii. Grupul Caz (48 de pacienți) a cuprins trei subgrupe în funcție de operația reconstructivă: Choledochojejunostomia, Hepaticojejunostomia și Bihepaticojejunostomia. Chestionarul universal SF-36 (varianta română) a inclus 36 de întrebări, sistematizate și grupate în 8 capitole, ce a permis prezentarea următoarelor rezultate în tabelele de mai jos. Așadar, chestionarul a fost completat de pacienții cu periodicitatea: preoperator, 3, 6 și 12 luni după intervenția chirurgicală.

Handicapul biliar al pacienților cu stricturi biliare benigne implică mai multe sisteme de organe ale tractului digestiv. Pentru a monitoriza calitatea vieții postoperator la pacienții cu intervenții reconstructive în mai multe studii este recomandat de a folosi paralele cu chestionarele generale standardizate și pe cele specializate. O opțiune pentru această cercetare ne-a prezentat-o chestionarul GSRS, ultimul a fost recunoscut la nivel mondial ca unul bine ajustat pentru analiza principalelor semne clinice prezentate de pacienți cu patologie a tractului digestiv și inclusiv și postoperator. Am folosit chestionarul GSRS tradus în limba română și implementat de ASTRAZENECA AB, a company. Acordul de colaborare și licența de aplicare a scorului GSRS l-am primit în baza unui contract de colaborare non profit cu purtătoarea de drepturi legale ASTRAZENECA.

GSRS are o scară cu gradarea de șapte puncte, unde 0 reprezintă absența simptomelor supărătoare și 6 reprezintă simptome foarte iritante. Fiabilitatea și valabilitatea GSRS sunt bine documentate, iar valorile normale sunt disponibile pentru o populație generală. Cu cât scorurile sunt mai mari, cu atât mai pronunțate sunt simptomele. Acest chestionar s-a dovedit a avea caracteristicile psihometrice foarte bune atunci când sunt testam pacienții cu patologie gastro-enterologică. Din cauza metodologiei standardizate utilizate în acest scor, rezultatele din toate țările sunt comparabile direct, moment confirmat în mai multe publicații.

GSRS a constituit din 15 itemi (întrebări), sistematizate în cinci scale, parametrii la fiecare fiind gradați de la 0 pana la 6, cu cât simptomele sunt mai accentuate și mai pronunțate, cu atât și estimările calității vieții sunt mai mici, itemul sau întrebarea este notată cu scorul mai mare. Chestionarul GSRS are următoarele scale: 1) Reflux sindrom (RS); 2) Dureri abdominale (DA); 3) Sindromul dispeptic (SDP); 4) Sindromul diareic (SD); 5) Sindromul de constipație (SC).

Discuții

Evaluarea la parametrul clinico-funcțional al rezultatelor la distanță ne-a permis cumularea datelor într-o bază

de date. Analiza datelor, cumulate, a fost realizată în baza scorului Terblanche. Pentru a compara diverșii factori de risc în evoluția complicațiilor la distanță am grupat rezultatele primite pe baza scorului Terblanche.

Tabelul IV. **Compararea rezultatelor clinice ale pacienților cu stricturi biliare benigne, conform scorului John Terblanche.**

Parametri	Gradul I și II	Gradul III și IV	**Semnificația statistică**	
Cauza operatorie	**$P_1 \pm ES_1$, %**	**$P_2 \pm ES_2$, %**	**95% IC**	***Nivelul de semnificație***
Colecistectomie tradițională	53,1±3,92	51,2±7,81	-14,52 până la 18,44	p = 0,8281
Colecistectomie laparoscopică	44,4±3,90	46,3±7,78	-14,32 până la 18,56	p = 0,8274
Rezecție gastrică	2,5±1,23	2,4±2,39	-10,15 până la 4,31	p = 0,9707
Bismuth	**$P_1 \pm ES_1$, %**	**$P_2 \pm ES_2$, %**	**95% IC**	***Nivelul de semnificație***
tip I	3,1±1,36	2,4±2,39	-9,59 până la 5,11	p = 0,8136
tip II	48,1±3,93	34,1±7,40	-3,06 până la 28,72	p = 0,1085
tip III	42,1±3,87	53,7±7,78	-5,18 până la 27,65	p = 0,1828
tip IV	6,8±1,97	9,8±4,64	-4,72 până la 16,14	p = 0,5133
	$\bar{X}_1 \pm ES$	**$\bar{X}_2 \pm ES$**	**95% IC**	***Nivelul de semnificație***
Lungimea bontului (*mm*)	16,28±0,86	13,24±1,71	-6,82 până la 0,74	p = 0,1148
Treatment reconstructiv	**$P_1 \pm ES_1$, %**	**$P_2 \pm ES_2$, %**	**95% IC**	***Nivelul de semnificație***
Bihepatioco Jejunostomia	6,8±1,97	9,8±4,64	-4,72 până la 16,14	p = 0,5133
Hepatico Jejunostomia	48,1±3,93	58,5±7,69	-6,59 până la 26,06	p = 0,2353
Choledocho jejunostomia	45,1±3,91	31,7±7,26	-3,60 până la 27,77	p = 0,1218

Am reliefat faptul că rezultatele din lotul de studiu cu gradul I și II au fost excelente clinic și principial nu necesitau o evaluare adăugătoare sau tratamente medicale. Acest fapt ne-a confirmat necesitatea și utilitatea de a le uni împreună într-un lot de cercetare - Lotul I, unde pacienții nu au avut la distanță probleme clinice sau îngrijiri medicale. Iar faptul că toți pacienții din grupul III și IV de rezultate au necesitat investigații și tratamente suplimentare, fiind în permanență sub vizorul medicilor, ne-a motivat să unim aceste grupe într-un lot separat de cercetare sub genericul de lot comun Lotul II, adresat rezultatelor slabe în reconstrucțiile biliare. Această grupare a simplificat analiza rezultatelor la distanță și ne-a permis o analiză mai bună a materialului de cercetare. În analiza univariată a factorilor care influențează rezultatele pe termen lung au fost prezente: semnele clinice, condițiile anatomice intraoperatorii, tipurile de lezare și nivelul stricturilor biliare benigne, tipuri de operații și complicații postoperatorii imediate și la distanță.

Analizând datele din tabelul de mai sus putem afirma cu certitudine că rezultatele analizei gr. I şi II cu gr. III şi IV sunt statistic veridice (Tabelul IV). Analiza comparativă a permis o contrapunere atât a cauzelor de etiologie a ambelor loturi, cât și a metodelor de tratament, a rezultatelor postoperatorii pentru ambele loturi de cercetare. Putem constata o prevalare a incidenței În gr. III și IV a icterului, angiocolitei, colicei biliare hepatomegaliei la internare. Aceste momente au avut un impact nemijlocit în sporirea complexității cazurilor și creșterea incidenței complicațiilor postoperatorii. Analiza cazurilor etiologice a evidențiat că în gr. I și II vedem o predominare a colecistectomiilor tradiționale 53,1±3,92 %, iar în gr. III și IV a celor laparoscopice - 46,3±7,78%. Ultimele de regulă motivează stricturile proximale (înalte), ce sunt cele mai dificile din aspect chirurgical.

Aatfel, în studiul realizat am stabilit că în gr. I și II am avut stricturi de tip III - 42,1±3,87 % și IV - 6,8±1,97 % față de cele din gr. III și IV, unde de tip III - 53,7±7,78 % și IV - 9,8±4,64% au fost cu mult mai multe. De asemenea trebuie de evidențiat și faptul că lungimea medie a bontului biliar folosit la reconstrucție în gr. III și IV a fost de 13,24±1,71mm față de cel din gr. I și II de 16,28±0,86 mm. Aceste momente cu desăvârșire au influențat rezultatele obținute la distanță. Analiza complicațiilor imediate postoperatorii poate evidenția că în gr. I și II au fost înregistrate mai des complicații simple precum supurațiile și hematoamele, iar în gr. III și IV au prevalat dehiscențele parțiale și abcesele postoperatorii. Acest raport a evidențiat încă o odată prevalarea factorilor predispozanți pentru complicațiile la distanță în gr. III și IV. Analiza logistică a determinanților de risc pentru pacienții din gr. I și II și gr. III și IV a arătat că „nr. operații reconstructive" și altele descrise mai sus au fost variabilele independente și legate nemijlocit de rezultatul clinic, în funcție directă de evoluția clinică a pacienților cu stricturi biliare (Tabel IV). Analiza selectivă, minuțioasă a tuturor determinanților specificați a evidențiat factori semnificativi de risc.

Tabelul V. **Determinanții de risc și protecție a evoluției clinico-funcționale ale pacienților cu stricturi CBP**

nr.	Factorii determinanți	RR	95%, IC	*nivelul de semnificație*	z	NNT	95% IC
1.	**Nivelul înalt de strictură a căilor biliare**	5,50	1,2375 până la 24,4450	p = 0,0251	2,240	19	80,106 până la 10,778
2.	**Nr. operaților reconstructive**	4,05	2,5708 până la 6,3885	p < 0,0001	6,026	3	3,984 până la 2,340
3.	**Prezența maladiilor concomitente**	4,50	2,8275 până la 7,1617	p < 0,0001	6,344	3	3,564 până la 2,192

Rezultatele obținute postoperatoriu au fost „foarte bune". Menționam că problematica stricturilor HJA sau a restricturilor de anastomoză au o actualitate științifică majoră. Din aceste considerente prezintă un interes practic deosebit analiza determinanților de risc ce au influențat negativ rezultatele la distanță Astfel, am analizat și studiat efectele complicațiilor asupra bolnavului cu implicațiile sale și răsunetul acestora asupra calității vieții, evoluției bolii și pronosticului, precum impactul asupra supraviețuirii la distanță.

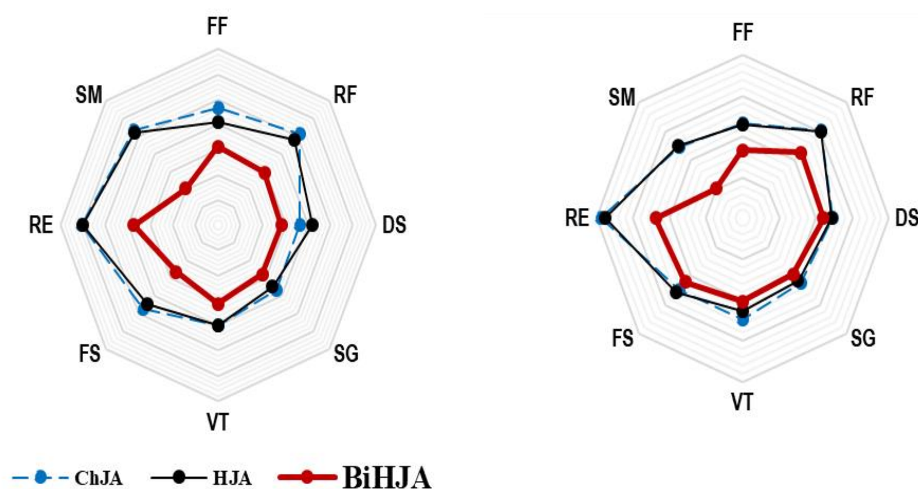
Calitatea vieții. În urma studiilor efectuate în cadrul cercetării CV prin intermediul scorului SF-36 am identificat chiar și variațiile minime ale indicatorilor calității vieții la pacienții cu stricturi biliare benigne. Evoluția detaliată per element a scorului SF-36 a constatat că, grupul de control al pacienților care au completat SF-36 au un scor al calității vieții foarte înalt.

Parametrii calității vieții din compartimentul de Sănătate Fizică la etapa preoperatorie au stabilit un nivel la limita de jos, având indicatorii sub 35,0% și în mediu variind în limitele de 35,0-65,0%. Rezultatele evaluării Funcției Fizice (PF) din lotul caz a evidențiat faptul că toți pacienții, care ar fi suportat BiHJA au acumulat scorul de trei ori mai mic în comparație cu cel din lotul control (31,2%). În acest subgrup au fost incluși 4 pacienți. Totodată, s-a stabilit la parametrul PF a CV un nivel cu 10% mai înalt pentru subgrupul de pacienții după HJA (41,2%) și cu 15,5% mai mare pentru pacienții după ChJA(46,7%). Cercetarea a determinat o diferența statistic semnificativă ($p<0,05$, $p<0,01$ și $p<0,001$) pentru toate trei subgrupe.

Parametrii calității vieții din compartimentul de Sănătate Fizică (PCS) sunt constituiți din: Funcția fizică (PF), Rolul fizic (RP), Durerea somatică (BP) și Sănătatea generală (GH). La etapa preoperatorie au fost evaluați parametri standardizați: stabilind un nivel la limita de jos, având indicatorii sub 35,0% și în mediu variind în limitele de 35,0-65,0% a CV. Pacienții după BiHJA au înregistrat un scor la toți acești parametri ai CV la nivelul cel mai de jos și de trei ori mai mic comparativ cu cel înregistrat pentru cei din lotul de control.

Parametrii ,,calității vieții" din compartimentul Sănătatea Mentală (MCS) sunt următorii parametri: Vitalitatea (VT), Funcția socială (SF), Rolul emoțional (RE) și Sănătatea mentală (MH). Aceiași parametri au fost evaluați integral la toți pacienții din ambele grupuri de cercetare. Pacienții după BiHJA, la etapa preoperatorie au prezentat un scor la limitele joase (sub 35,0%), cu diferență statistic semnificativă (p < 0,05) pentru doi din acești parametri.

Pacienții din grupul de caz control, au fost supravegheați la distanța și invitați la controlul medical după trei luni după operația reconstructivă. Pacienții din grupul caz-control au completat forma SF-36 și rezultatele auto-evaluării s-au comparat cu datele pre-operator. Cele mai semnificative - schimbări pozitive au fost în parametrii legați de sfera emoțională (RE): pacienții după ChJA au creștere cu 17% la scor; pacienții după HJA au creștere cu 15% la scor; și pacienții după BHJA au creștere cu 10% la scor. Pe de altă parte, constatăm descreșteri nesemnificative (2-3%) la scorul ,,sănătatea mentală" la pacienții în urmă la ChJA și la HJA.



A – la etapa preoperatorie B - la etapa 3 luni după

Figura 1. **Dinamica parametrilor calității vieții preoperator și la 3 luni postoperator**

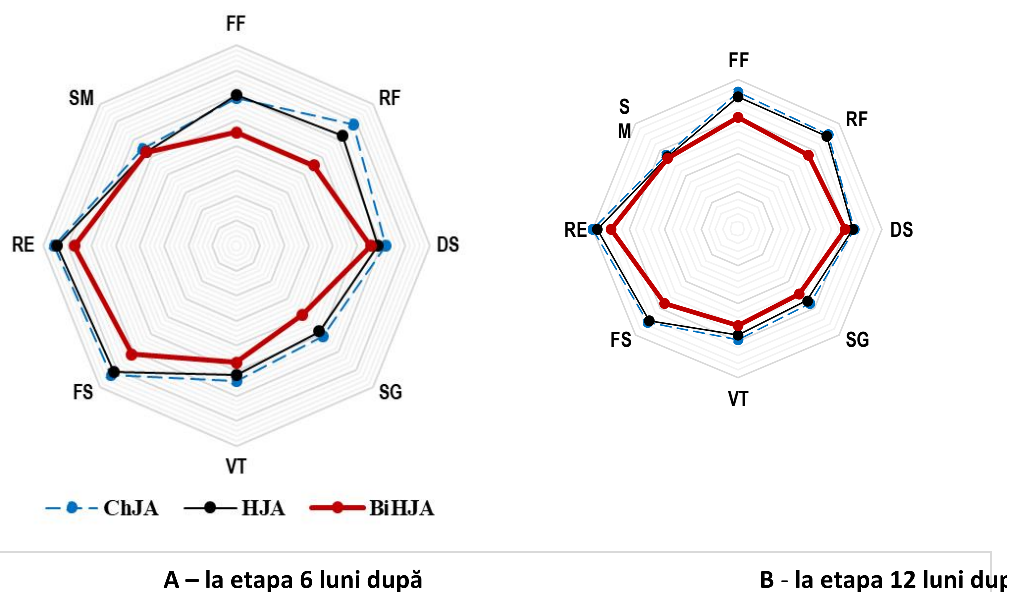


Figura 2. Dinamica parametrilor calității vieții la 6 luni și la 12 luni postoperator

Analiza rezultatelor SF-36 la șase luni, a evidențiat îmbunătățirea a tuturor scorurilor a calității vieții. Pe de altă parte se menține, raportul scorurilor dinte parametrii de la etapele precedente de evaluare a calității vieții. Scoruri al Compartimentul Mental au avut o creștere mai rapidă în dinamică. Menționăm, că scorul Funcției sociale, Rolul emoțional a crescut semnificativ în comparație cu indicii din etapa preoperatorie.

La un an după intervenția chirurgicală reconstructivă, putem să observăm dinamica pozitivă și aceeași tendința de îmbunătățire, ce marchează majoritatea pacienților în urma ChJA, HJA, BHJA. (Figura 1,2). Rezultatele obținute tind la maximum spre indicii de normalitate, perceput pentru grupul de control, dar nici într-un caz nu le-au depășit. Pacienții cu operații reconstructive pe căile biliare principale au scoruri mai joase în comparație cu pacienții după colecistectomie fără complicații. O mențiune specială trebuie acordată elementului „durere somatică" care s-a ameliorat spectaculos în etapele postoperatorii. De asemenea, scorul referitor la „funcția socială" s-a ameliorat simțitor, probabil datorită reabilitării somatice și de recuperare activă care au fost parte a unui program extrem de bine pus la punct de conduită postoperatorie, realizat nemijlocit în clinică.

Aceasta ameliorare rezulta în mod direct din dispariția sau diminuarea handicapului, motivat de stricturile biliare benigne, consecutiv unui gest chirurgical reconstructiv. În fapt chirurgul propune pacientului de a-i rezolva pacientului o disfuncționalitate organică severă la nivel de CBP, în cazul acesta de înlocuire protetică a sectorului de strictură de cale biliară printr-o anastomoză funcțională în scopul de a ameliora o incapacitate bilio-hepatică, care stă la originea acestui handicap. Pe de altă parte handicapul, cu răsunet multiplu pe plan personal, social și profesional necesită un număr mai important de criterii de evaluare mai mult sau mai puțin cu tentă subiectivă. Moment evaluat excelent prin intermediului scorului SF-36.

Folosirea sincronă a chestionarului general SF-36 în combinare cu GSRS a permis ridicarea nivelului și a calității de cercetare realizate. GSRS a constituit din 15 itemi (întrebări), sistematizate în cinci scale, parametrii la fiecare fiind gradați de la **0** pana la **6**, cu cât simptomele sunt mai accentuate și mai pronunțate, cu atât și estimările calității vieții sunt mai mici, itemul sau întrebarea este notată cu scorul mai mare (Figura 3).

Am analizat rezultatele la diferite etape de timp în baza tehnici chirurgicale aplicate la formarea HJA. Astfel, Lotul L_1 a inclus pacienții unde s-a aplicat tehnologia tradițională de formare a HJA. În Lotul L_2 am inclus pacienții unde HJA s-a realizat folosind surjet încontinuu. Se observă în datele primite în baza chestionarului GSRS la etapa preoperatorie o înrăutățire a calității vieții pacienților, manifestată prin creșterea scorului la „durerile abdominale", care poate fi explicat prin traumatismul, procesul inflamator persistent după intervenția chirurgicală reconstructivă. Trebuie de menționat, că intensitatea sindromului de durere scade progresiv, pentru întreaga perioadă de supraveghere. Evident, că se poate spune, că elementul de „durere" s-a ameliorat spectaculos în etapele post-operatorii studiate. La etapă de 3 luni, cele mai înalte scoruri au fost raportate la parametrul de „durere abdominală" (L_1=4,07±0,19 și, respectiv, L_2=3,44±0,18), cu o reprezentanță statistică. Frecvența „Durere abdominală" s-a corelat semnificativ atât cu statusul clinic, cât și cu tulburările digestive. S-a recepționat o dinamică a intensității durerilor. Este semnificativă pentru ambele loturi ascensiunea nivelului de durere la 3 luni postoperatoriu, explicat prin impactul traumei intraoperatorii și reabilitarea de durată postoperatorie. În dinamică indicele durerii se micșorează progresiv pentru ambele loturi. Comparația între loturi constată veridic o mai bună reabilitare și o micșorare mai expresivă a durerii pentru L_2.

O descreștere a scorurilor, cu evoluarea spre „îmbunătățire a calității vieții" au fost raportată de pacienți deja la termenul de 6 luni postoperatoriu (Durerea abdominală L_1 =2,62±0,13 și respectiv L_2 =1,94±0,1). Trebuie de menționat că pacienții care au trecut prin intervenția chirurgicală cu abordarea inovativă, raportează scoruri mai joase și, respectiv, calitatea vieții mai înalte. Se observă în datele primite severitatea sindromului diareic și sindromului dispeptic, prezența cărora a fost consemnată în cercetarea de studiu-caz, când s-au descris complicații în perioada postoperatorie.

Simptomele, asociate cu scaune frecvente, fluide și diverse manifestări ale dispepsiei, au fost factorii care au înrăutățit semnificativ indicatorii de calitate ai vieții, necesitând tratamente medicale și evaluări diagnostice suplimentare. În dinamică se înregistrează faptul că severitatea acestora a rămas semnificativ de mare și după 6 luni de la operația reconstructivă (L_1 =3,46±0,22 și respectiv L_2 =1,88±0,13).

Trendul „pozitiv" al descreșterii parametrului „durere abdominală" la 12 luni de supraveghere a fost constatat pentru toate cazurile evaluate. Pacienții au raportat scoruri semnificative și statistic reprezentative în comparație cu etapă pre-operatorie pentru ambele loturi prezente în studiu (Durerea abdominală L_1=2,13±0,16 și respectiv L_2 =1,23±0,07).

Evaluarea pacienților la calitatea vieții după indicii „sindromului diareic" și „sindromului de constipație", confirmă nemijlocit faptul, că înainte de operație suferințele pacienților din cauza scaunelor frecvente au fost mai mici decât cel al constipațiilor în lotul L_1 (*și constituie 3,22±0,16 și 2,18±0,16*), în comparație cu lotul L_2 (*2,76±0,3 și respectiv 0,99±0,11*). Acest moment se explică prin prevalarea psihologică la pacienți ai „invalidității biliare" (*dizabilității biliare*), deseori dominant prin colică biliară și angiocolită sau icter mecanic. Micile semne ale dispepsiei nu au avut un impact major sau, pur și simplu, nu s-au luat în considerare.

Evaluarea pacienților la calitatea vieții după indicele „sindromului dispeptic" la etapă de 3 luni a prezintat scoruri înalte, care au fost raportate de pacienții din ambele loturi practic identice (*L_1 este 5,02±0,11 și respectiv L_2 =2,87±0,17),* cu trendul de descreștere și respectiv o creștere a calității vieții după acest parametru. Rezultatele la distanța au fost urmărite până la 12 luni după operația reconstructivă. Toate au relevat o micșorare a indicatorilor (*L_1 este 1,78±0,13 și respectiv L_2 =0,99±0,10*). Raportarea „Sindromul dispeptic" la ambele loturi a determinat dinamică la 12 luni (L_1=1,82±0,09 și respectiv L_2 =0,83±0,15). Trebuie de evidențiat momentul că în Lotul 2 se remarcă o incidență mult mai mică față de Lotul $_1$. Acest fapt se explică atât prin trauma mai mică locală la formarea HJA, cât și prin eficiența mai bună a metodei inovative.

Au fost investigate variațiile scorului la parametrul „Sindrom de constipație", stabilind pentru ambele loturi o micșorare progresivă pentru fiecare etapă a incidenței parametrului dat (la 3 luni (L_1=2,86±0,15 și respectiv L_2 =2,17±0,11) și în dinamică la 12

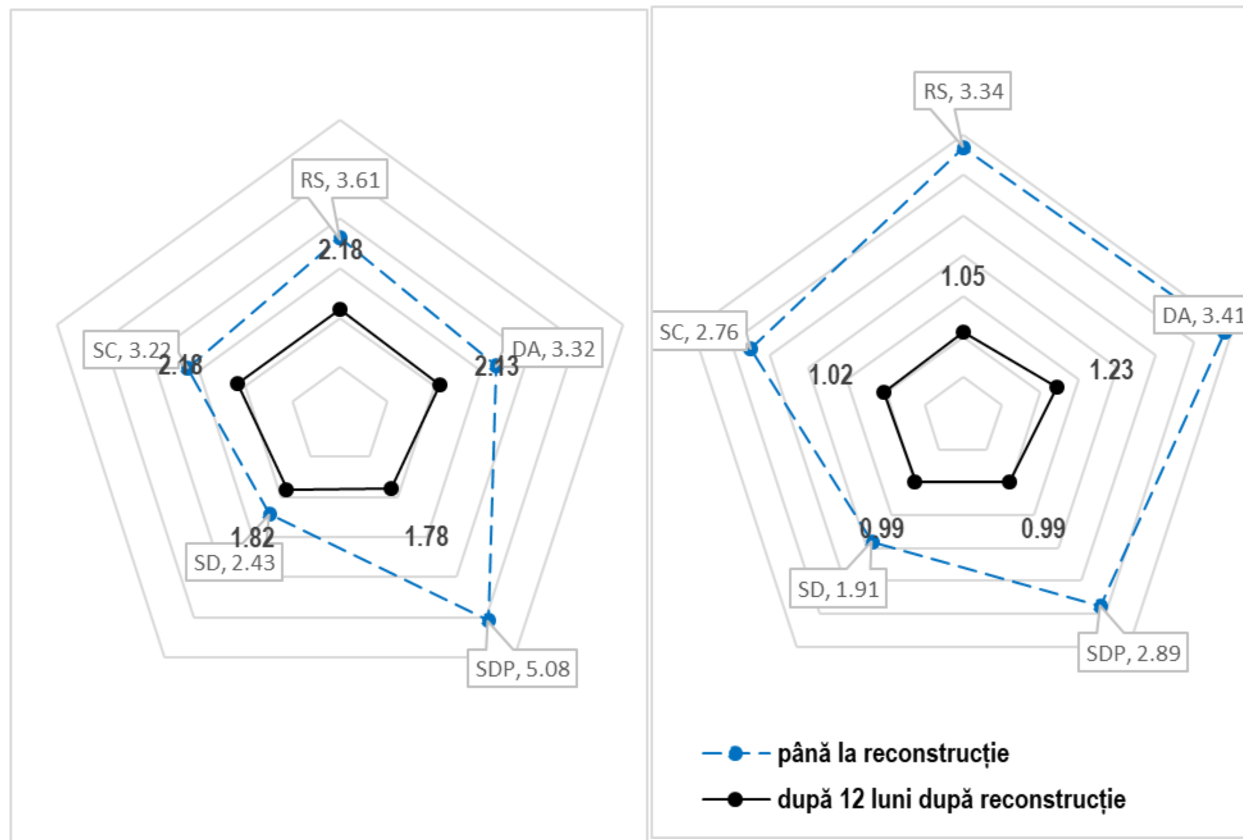


Figura 3. **Dinamică rezultatelor calității vieții în baza chestionarului GSRS**

obținerea următoarelor date: o predominare covârșitoare pentru etapa preoperatorie cu o persistență a indicatorilor la etapa de 3 luni (L_1=5,02±0,11 și respectiv L_2 =2,87±0,17) și o normalizare evidentă la 12 luni pentru ambele loturi (L_1=1,78±0,13 și respectiv L_2 =0,99±0,10). În dinamică, semnele au fost mai evidențiate după prevalență pentru L_1 față de L_2.

Analiza rezultatelor parametrului „Sindromul diareic" înregistrează o ascensiune a indicilor la 3 luni (L_1=3,46±0,22 și respectiv L_2 =2,54±0,15) postoperator cu o normalizare în luni (L_1=2,18±0,16 și respectiv L_2 =0,99±0,11). Comparativ între loturi s-a marcat o predominare a acestui indice pentru L_1, ce nu a avut o semnificație majoră clinică sau alte implicații.

Au fost sumate rezultatele corelației intre SF-36 și GSRS. Așadar, se poate constata că *corelația negativă pentru toți parametrii confirmă compatibilitatea și suplimentarea acestor chestionare de putere medie, după indicatorul statistic – Pearson (r_{xy}).*

Tabelul VI. **Rezultatele corelației în funcție de parametrii chestionarelor SF-36 și GSRS**

GSRS / SF-36	**Reflux sindrom** – GSRS	**Durere abdominale** – GSRS	**Sindromul dispeptic** – GSRS	**Sindromul diareic** – GSRS	**Sindromul de constipație** – GSRS
Funcția fizică – SF 36	-0,22	-0,18	-0,15	-0,11	-0,23
Rolul fizic – SF 36	-0,21	**-0,35***	-0,24	-0,26	-0,26
Durere somatică – SF 36	-0,25	**-0,39***	**-0,33***	-0,17	-0,26
Sănătatea generală – SF 36	-0,18	-0,18	-0,15	-0,13	-0,23
Vitalitatea – SF 36	-0,30	-0,26	-0,24	-0,20	-0,22
Funcția socială – SF 36	-0,27	**-0,46***	**-0,31***	-0,28	-0,27
Rolul emoțional – SF 36	-0,08	-0,25	-0,15	-0,10	-0,17
Sănătatea mentală – SF 36	-0,22	-0,24	-0,21	-0,21	-0,26
Compartimentul Sănătatea Fizică – SF 36	-0,25	-0,28	-0,23	-0,18	-0,25
Compartimentul Sănătatea Mentală – SF 36	-0,19	**-0,30***	-0,22	-0,19	-0,22

-p** *< 0,05;* *-p** *< 0,01;*

Parametrul „durere abdominală” a GSRS și parametrii „durere somatică”, „rolul fizic”, „funcția socială” și „Compartimentul Sănătate mentală” au corelat semnificativ, de putere statistică „medie” (-0,39, -0,35, -0,46 și -0,30). Parametrul „funcția socială” a SF-36 a fost corelat în mod semnificativ statistic de putere „medie” cu „durerea abdominală” și „sindromul dispeptic” (-0,46 și -0,31).

S-a constatat o corelație semnificativă între scorul „durere somatică” Sf-36 și domeniul „durere abdominală” din GSRS (-0,39) (Tabel VI).

Corelația moderată sau scăzută dintre rezultatele raportate de pacienți în cazul GSRS și evaluarea clinică a frecvenței și severității simptomelor indică faptul că evaluarea simptomatologiei trebuie stabilită între examinarea clinică și rezultatele raportate de pacienți. În concluzie, traducerea în limba română a chestionarului GSRS este fiabilă, validă și sensibilă pentru studierea calității vieții pacienților cu stricturile ale CBP.

În analiza comparativă a calității vieții în conformitate cu chestionarul SF-36 și chestionarul GSRS pacienții expertizați au prezentat scoriile mai grave la calitatea vieții (scala dureri, funcționare fizică, precum și toate simptomele gastroenterologice), cu excepția simptomului de constipație. În concluzie, la studierea calității vieții pacienților care au suferit intervenție chirurgicală reconstructivă în urma stricturilor a CBP, se recomandă, pe lângă chestionarul general SF-36, utilizarea unui chestionar gastroenterologic specializat GSRS.

În urma studiilor efectuate în cadrul lucrării date, apare evident faptul că factorii extrinseci chirurgicali nu trebuie neglijați. Acești factori influențează rezultatele și rareori sunt luați în considerare în scorurile de evaluare obiectivă sau de calitate a vieții. Din acest motiv analiza datelor clinice trebuie să fie realizate paralele cu datele CV.

Concluzii

Un tratament chirurgical reconstructiv de performanță este posibil doar în centre chirurgicale specializate în chirurgia hepato-biliară, moment indiscutabil în micșorarea complicațiilor postoperatorii și evitarea recidivelor de stricturi biliare. Scopul final al tratamentului reconstructiv al stricturilor biliare postoperatorii este asigurarea pe termen lung a unui flux bilio-enteral prin intermediul HJA. Analiza rezultatelor la distanță a demonstrat eficiența clinică a intervențiilor reconstructive realizate în 88,67% din observații.

Rezultatele cercetării au demonstrat, că intervențiile reconstructive, având ca bază anastomozele biliojejunale pe ansa Roux, au fost tehnici chirurgicale eficiente pentru tratamentul stricturilor biliare benigne. Respectarea indicațiilor operatorii, a pregătirii preoperatorii, a tehnicii chirurgicale pot face din HJA în cazul stricturilor biliare postoperatorii, o intervenție sigură. Pentru a evalua HJA chirurgul are la îndemână un scor standardizat Terblanche, care permite evidențierea eficacității privind funcționalitatea și calitatea vieții, datorate gestului chirurgical reconstructiv. Chirurgul trebuie să aibă posibilitatea de a-și evalua pacientul în scopul de a permite o adaptare terapeutică eficientă și non-economică a rezultatelor postoperatorii obținute.

După datele obținute în studiul nostru, calitatea vieții a fost considerabil ameliorată printr-un program de recuperare specială, care a debutat chiar în perioada preoperatorie, prin consilierea pacientului în legătură cu starea sa postoperatorie și durata recuperării. Deși principiile acestui mod de recuperare au fost dezvoltate pe parcursul a mai multor ani, inițial au fost aplicate limitat, iar apoi au fost integrate pentru intervențiile chirurgicale reconstructive la arborele biliar la nivel de serviciile naționale de chirurgie specializată. În viziunea noastră SF-36 și GSRS sunt factori predictivi pentru atestarea CV la pacienții cu intervenții reconstructive pentru stricturi biliare benigne și permite clinicienilor și sistemelor de sănătate să identifice persoanele cu risc de complicații postoperatorii la distanță, care necesită spitalizări și corecții chirurgicale. Utilizarea în paralel a chestionarului SF-36 în combinație cu GSRS ne-a permis să îmbunătățim nivelul cercetării noastre.

Declarația de conflict de interese

Autorul declară că nu se află în conflict de interese financiare sau non financiare pentru datele și informațiile prezentate în articol. Autorul nu face parte din colectivul de redacție și nu este recenzor la acest jurnal.

Menționez că toți bolnavii au fost de acord să participe la acest studiu și au semnat un consimțământ informat. Studiul a fost aprobat de comisia de Etică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Bibliografie

1. Han Liu, Sheng Shen, Yueqi Wang, Houbao Liu. Biliary reconstruction and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for the management of complicated biliary strictures after bile duct injury. În Int. Surg. J. 2015, nr 2(2), p.179-186.
2. Lillemoe K. D., Martin S. A., Cameron J. L. Major bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Follow-up after combined surgical and radiologic management. Annals of Surgery. 1997, May, Nr 225(5), p.459–471.
3. Terblanche J., Worthley C.S., Spence R.A., Krige J.E. High or low hepaticojejunostomy for bile duct strictures? În Surgery. 1990,nr108(5), p.828-834.
4. Tocchi A, Costa G, Lepre L, Liotta G, Mazzoni G, Sita A. The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures. În Ann. Surg. 1996, nr 224, p.162–167.
5. Han Liu, Sheng Shen, Yueqi Wang, Houbao Liu. Biliary reconstruction and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for the management of complicated biliary strictures after bile duct injury. International Surgery Journal. 2015,April-June, Vol 2, Issue 2, p.179-186.
6. Robert J. Moraca, Faye T., Lee, R.N., John A., Ryan Jr., L. William Traverso. Long-term biliary function after reconstruction of major bile duct injuries with hepaticoduodenostomy or hepaticojejunostomy.În Arch Surg. 2002, nr137(8), p.889-894.

7. Satoshi Hirano, Eiichi Tanaka, Takahiro Tsuchikawa. Techniques of biliary reconstruction following bile duct resection. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences, 2012, Nr19, p.203–209.
8. Melton G.B., Lillemoe K.D., Cameron J.L., Sauter P.A., Coleman J.,Yeo C.J. Major bile duct injuries associated with laparoscopiccholecystectomy: effect of surgical repair on quality of life. Ann. Surg., 2002, nr.235, p.888—895.
9. Michael F. Byrne. Management of Benign Biliary Strictures.În Gastroenterology Hepatology (N Y). 2008, Oct., nr 4(10), p. 694–697.
10. Moore D.E., Feurer I.D., Holzman M.D., et al. Long-term detrimentaleffect of bile duct injury on health-related quality of life. Arch.Surg., 2004,nr.139, p.476—481.
11. Boerma D., Rauws E. Impaired quality of life 5 years after bileduct injury during laparoscopic cholecystectomy — a prospec-tive analysis. Ann. Surg., 2001, nr234, p.750—757.
12. Ji-Qi Yan, Cheng-Hong Peng, Jia-Zeng Ding, Wei-Ping Yang, și alții. Surgical management in biliary restricture after Roux-en-Y hepaticojejunostomy for bile duct injury. În World Journal of Gastroenterology. 2007, nr 13(48), p.6598-6602.
13. Johnson S.R., Koehler A., Pennington L.K. Hanto D.W. Long-term results of surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy. Surgery, 2000, nr128(4), p.668-677.
14. Schmidt S.C. , Langrehr J. M., Hintze R.E. Long-term results and risk factors influencing outcome of major bile duct injuries following cholecystectomy. Brit. J. of Surgery, 2005, nr1, p. 76–82.
15. Leslie H. Blumgart . Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas. Philadelphia, 2012, p.2322.
16. Terblanche J., Worthley C.S., Spence R.A., Krige J.E. High or low hepaticojejunostomy for bile duct strictures? In: Surgery. 1990, 108(5), pp. 828-834.
17. Hamad M.A., El-Amin H. Bilio-entero-gastrostomy: prospective assessment of a modified biliary reconstruction with facilitated future endoscopic access. In: BMC Surgery. 2012, 12(9), pp. 1-10.
18. Juan M. Sarmiento, Michael B. Farnell, David M. Nagorney, et al. Quality-of-Life Assessment of Surgical Reconstruction After Laparoscopic Cholecystectomy–Induced Bile Duct InjuriesWhat Happens at 5 Years and Beyond**?** Arch Surg., 2004 nr139(5), p.483-489.
19. Sarmiento J.M., Farnell M.B., Nagorney D.M., Hodge D.O.,Harrington J.R. Quality-of-life assessment of surgical recon-struction after laparoscopic cholecystectomy — induced bileduct injuries. What happens at 5 years and beyond. Arch Surg.,2004,139(5), p.483—488.
20. Kozicki I., Bielecki K. Hepaticojejunostomy in Benign Biliary Stricture - Influence of Careful Postoperative Observations on Long-Term Results. In: Dig. Surg. 1997, 14, pp. 527-533.
21. Stilling N.M., Fristrup C., Wettergren A., Ugianskis A., Nygaard J., Holte K., Bardram L., Sall M., Mortensen M.B. Long-term outcome after early repair of iatrogenic bile duct injury. A national Danish multicentre study. In: HPB (Oxfort), 2015, 17(5), pp. 394-400.
22. McHorney C.A., Kosinski M., Ware J.E. Jr. Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 Health Survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. In: Med Care. 1994, 32, pp. 551-567.
23. McHorney C.A., Ware J.E. Jr, Lu J.F., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short- Form Health Survey (SF-36), III: tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. In: Med Care. 1994, 32, pp. 40-66.
24. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection. In: Med Care. 1992, 30(6), pp. 473-483.
25. Kulich K.R., Madisch A., Pacini F., Piqué J.M., et al. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and quality of life in reflux and dyspepsia (QoL RAD) questionnaire in dyspepsia: a six-country study. In: Health and Quality of Life Outcomes. 2008, 6, pp. 1-12.
26. Revicki D.A., Rentz A.M., Dubois D., Kahrilas P., Stanghellini V., Talley N.J., Tack J. Development and validation of a patient-assessed gastroparesis symptom severity measure: the Gastroparesis Cardinal Symptom Index. In: Aliment Pharmacol Ther. 2003, 18(1), pp. 141-150.
27. Franco Pacini, Carlo Calabrese , Livio Cipolletta , Mario D'Ayala Valva , Antonio Russo , Vincenzo Savarino , Sergio Vigneri. Burden of illness in Italian patients with gastro-oesophageal reflux disease. Curr. Med. Res. Opin. 2005, Apr. 21(4): 495-502.
28. Ferdohleb A. Eficiența clinico-funcțională a tratamentului chirurgical contemporan al stricturilor biliare benigne (monografie).Chișinău: Tipografia „Print-Caro", 2018. 294 p.